

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS LIMITADOS

Nombre del solicitante (apellido, nombre)	FOR COUNTY USE ONLY—State Number				
	County	Aid	Serial Number	FBU	Person Number

PARTE A.

Necesito/sigo necesitando servicios relacionados a: (Por favor marque una o más de las opciones a continuación).

Menor de 12 años y mayor:

12 años de edad y mayor:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Agresión sexual 2. <input type="checkbox"/> Embarazo o planificación familiar | <ul style="list-style-type: none"> 3. <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente 4. <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o de alcohol 5. <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental para pacientes externos* |
|--|---|

*Si solicita servicios de salud mental para pacientes externos tiene que presentar a su trabajador(a) de elegibilidad una declaración de un profesional en salud mental que confirme que usted cumple con los requisitos para recibir estos servicios.

PARTE B.

Solicito asistencia médica durante el mes de: _____ / _____
Mes Año

PARTE C. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

1. Tengo entendido que recibiré una tarjeta de identificación de Medi-Cal de papel que es válida durante un año, contado a partir de la fecha en que se emita dicha tarjeta. El único propósito de ésta es usarse como identificación y no verifica la elegibilidad para recibir servicios.
2. Entiendo que mi elegibilidad es válida durante un mes, y que cada mes que necesite servicios médicos que requieran Consentimiento de Menores, tengo que regresar al departamento de asistencia pública para que se me vuelva a certificar mi elegibilidad para recibir por lo menos uno de los servicios anteriormente mencionados. Tengo que ir al departamento y llenar este formulario en cuanto sepa que necesito consultar con un doctor o que necesito atención médica, a fin de permitir a mi trabajador(a) de elegibilidad el tiempo necesario para tramitar mi nueva certificación.
3. Entiendo que si alguna de las situaciones mencionadas a continuación ocurriera, tengo que informárselo a mi trabajador(a) de elegibilidad en mi próxima entrevista al volver a certificar mi elegibilidad:
 - a. Me mudo de casa de mi(s) padre(s)/tutor(es) legal(es).
 - b. Me caso.
 - c. Mi(s) padre(s) deja(n) de mantenerme o declararme como dependiente para propósitos de impuestos.
 - d. Consigo empleo o dejo de trabajar.
 - e. Mis ingresos, como por ejemplo mi salario, aumentan, disminuyen o cesan.
 - f. Obtengo algunos bienes, como por ejemplo, cuentas bancarias, automóviles, acciones, bonos, valores, etc.
 - g. Doy a luz, o mi embarazo se termina por cualquier razón.
4. Entiendo que recibiré esta tarjeta y los servicios médicos que he solicitado sin que mis padres sean informados de ello.

Firma del Solicitante	Fecha	
Firma del Representante del Condado	Número del Trabajador(a)	Fecha